Februari 2016

Advies streefcijfers intensivering ambulante GGZ

Projectgroep

Dr. H. Kroon
Prof. dr. J. van Weeghel
Prof. dr. Ph. Delespaul
Drs. A. Knispel
Drs. F. van Hoof

Colofon

Opdrachtgever
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Projectgroep
Hans Kroon[1]
Jaap van Weeghel[2]
Philippe Delespaul[3]
Aafje Knispel[1]
Frank van Hoof[1]

[1] Trimbos-instituut
[2] Universiteit Tilburg, Kenniscentrum Phrenos
[3] Universiteit Maastricht

Projectcoördinatie en penvoering
Frank van Hoof

Inhoud

1 Inleiding

De landelijke overheid, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties hebben de gezamenlijke ambitie om te komen tot een ambulantisering van de GGZ. Daarbij zijn concrete streefcijfers afgesproken voor wat betreft de afbouw van de intramurale GGZ. Die capaciteit moet in 2020 zijn teruggebracht tot twee derde van de capaciteit in 2008. Concrete afspraken over de ambulante opbouw zijn er vooralsnog echter niet.

De minister van VWS heeft aangegeven te willen bezien of en op welke wijze ook afspraken over de ambulante opbouw geconcretiseerd en zo mogelijk gekwantificeerd kunnen worden, in het bijzonder met betrekking tot de ambulante zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen. Het ministerie van VWS heeft het Trimbos-instituut gevraagd om daarover te adviseren.

Het Trimbos-instituut heeft voor het adviestraject een projectgroep samengesteld van interne en externe deskundigen (zie voorblad). Daarnaast is voor het advies een bredere klankbordgroep geraadpleegd van vertegenwoordigers uit wetenschap, beleid en praktijk (zie bijlage).

Het advies is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 schetsen we kort de context van de adviesvraag. We geven een overzicht van de prevalentie van psychische aandoeningen en van de actuele leefsituatie en ondersteuningsbehoeften van mensen met ernstige psychische aandoeningen. We zetten een aantal gegevens op een rij (mede vanuit internationaal perspectief) over de actuele GGZ-uitgaven en over de verdeling van die uitgaven over verschillende categorieën (intramurale en ambulante) GGZ-voorzieningen in Nederland. En we gaan kort in op de actuele zorg en de actuele inzichten over 'goede zorg' bij ernstige psychische aandoeningen. In hoofdstuk 3 laten we zien dat de ambulantisering vooral te beschouwen is als een her-allocatietraject van de beschikbare GGZ-middelen en dat achter die her-allocatie ook maatschappelijk en zorginhoudelijke keuzen schuil gaan. Op basis daarvan schetsen we een drietal toekomstscenario's voor de verdere (door)ontwikkeling van de ambulante GGZ. Bij elk van deze scenario's gaan we in op de bijbehorende inhoudelijke keuzen en op de bijbehorende kwantitatieve verdeling van de beschikbare middelen. In hoofdstuk 4 doen we op geleide van de scenario-verkenning een aantal voorstellen met betrekking tot een landelijk streefcijfer en de ontwikkeling van een toetsingskader voor het ambulantiseringstraject op regionaal niveau.

2 Context

2.1 Mensen met psychische aandoeningen: prevalentie en kwaliteit

Op jaarbasis hebben in Nederland naar schatting 1,8 miljoen volwassenen (18-64 jaar) te kampen met psychische aandoeningen (Trimbos-instituut, 2010). Bij de meerderheid zijn de klachten van relatief korte duur en is de impact op het dagelijks functioneren relatief beperkt. Een deel van deze groep komt de problemen op eigen kracht of met behulp van naasten te boven. Andere maken gebruik van professionele hulp, onder andere vanuit de GGZ.

Er zijn ook mensen bij wie de problemen niet zo snel overgaan, bij wie de klachten een chronisch karakter (dreigen te) krijgen en bij wie de psychische klachten gepaard (dreigen te) gaan met uiteenlopende problemen op andere terreinen (lichamelijke gezondheid, sociale en maatschappelijke situatie). Een scherpe grens tussen de populatie van mensen met kortdurende en relatief ‘lichte’ problemen en mensen met langer durende en ernstiger problemen is niet te trekken. Het gaat om gradaties op verschillende dimensies. Wel zijn op basis van recente ramingen indicaties te geven. Zo kwamen Delespaul e.a. (2013) tot een onderbouwde schatting van het totaal aantal mensen met ernstige psychische aandoeningen van circa 280.000. Daarbij gaat het om mensen die in de voorafgaande vijf jaar tenminste enkele jaren te maken hebben gehad met een psychische aandoening die gepaard is gegaan met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren.

Hoewel de omstandigheden van persoon tot persoon verschillen, laat onderzoek zien dat de kwaliteit van leven van mensen die te kampen hebben met ernstige psychische aandoeningen in doorsnee fors achterblijft bij die van de algemene bevolking. Verreweg de meeste mensen met ernstige psychische aandoeningen wonen in een eigen woning ‘in de samenleving’ maar de participatiegraad is laag. Naar schatting 10 tot 20 % heeft een betaalde baan. Een grote meerderheid (circa 80 %) van de mensen met ernstige psychische aandoeningen geeft aan te kampen te hebben met eenzaamheid (Trimbos-instituut, 2015). Ook de lichamelijke gezondheid blijft achter bij die van de algemene bevolking. Onder andere in het *Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen* (‘*Over de brug’*) wordt vastgesteld dat zowel individuele factoren als barrières in de samenleving bijdragen aan de achterstanden in de kwaliteit van leven van mensen met ernstige psychische aandoeningen (Projectgroep Plan van aanpak EPA, 2014). Ook volgens de betrokkenen zelf spelen zowel persoonlijk belemmeringen als maatschappelijke factoren zoals stigmatisering een rol.

Het perspectief van mensen met ernstige psychische aandoeningen op de eigen situatie is doorgaans dan ook niet positief. De helft geeft de eigen kwaliteit van leven een rapportcijfer van een 6 of lager. Bijna de helft geeft aan het gevoel te hebben niet mee te tellen in de maatschappij. Niettemin geven velen hun hoop en ambities niet op. Een grote meerderheid (twee derde) van de mensen met ernstige psychische aandoeningen geeft aan meer contacten te willen hebben met andere mensen en meer activiteiten te willen ondernemen. Een groot deel van de niet-werkenden wil werken. Vooral onder de jongere generaties van mensen met ernstige psychische aandoeningen zijn de hoop en ambities om sociaal en maatschappelijk te kunnen participeren onverminderd groot. Maar velen hebben ook behoefte aan meer en betere ondersteuning daarbij. Deze behoeften hebben vooral

betrekking op psychologische ondersteuning en ondersteuning bij sociale contacten, relaties, werk en opleiding.

Onderzoek laat ondertussen zien dat de situatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen geen statische is. Psychische kwetsbaarheid en ondersteuningsbehoeften variëren door de tijd. En een deel van de betrokkenen slaagt er, met de goede ondersteuning en vertrouwen, wel degelijk in om persoonlijke wensen en aspiraties in belangrijke mate te realiseren. Ook wanneer psychische kwetsbaarheden blijven of periodiek terugkeren, kunnen mensen in persoonlijke en maatschappelijke zin 'herstellen'.

Belangrijk motief achter de ambulantisering van de GGZ is dat deze aan dit herstel moet bijdragen en mede de voorwaarden creëert die maken dat psychische kwetsbaarheid als zodanig niet meer hoeft te leiden tot persoonlijke en maatschappelijke 'teloorgang'.

2.2 Inzet van de beschikbare GGZ-middelen

Het verbeteren van de kwaliteit van leven van mensen met ernstige psychische aandoeningen is een brede maatschappelijke opgave. Op dit moment zijn veel mensen met ernstige psychische aandoeningen voor hun directe ondersteuning echter in hoofdzaak afhankelijk van de GGZ en van naasten. Andere maatschappelijk voorzieningen spelen vooralsnog een (zeer) beperkte rol.

Uitgaven aan de GGZ bedragen in Nederland circa 1 % van het BPP en circa 9 % van de totale zorguitgaven. Dit aandeel is vergelijkbaar met dat in andere West-Europese landen (Medeiros, 2008; Eurostat, 2015)[1].

Internationale cijfers over de verdeling de middelen binnen de GGZ zijn niet voorhanden. Wel laten de cijfers zien dat de Nederlandse GGZ in vergelijking met die in omringende landen relatief veel klinische GGZ-plaatsen telt. Waar Nederland in 2013 per 100.000 inwoners over bijna 120 klinische GGZ-plaatsen beschikte, varieerde dat aantal in andere West-Europese landen van minder dan 50 in Groot-Brittannië, Zweden en Spanje tot (bijna) 90 plaatsen in Duitsland en Frankrijk.

Daarnaast worden, anders dan in de meeste andere landen, residentiële voorzieningen zoals de beschermende woonvormen in het Nederlandse stelsel tot de gezondheidszorg c.q. tot de GGZ gerekend[2] [3]. Ze tellen niet mee in bovenstaande cijfers over aantallen klinische bedden maar wel in de Nederlandse GGZ-uitgaven. Eerder onderzoek van Priebe e.a. liet zien dat Nederland in 2006 wat

---

[1] Het aandeel van de GGZ-uitgaven in de totale gezondheidszorguitgaven ligt in de ons omringende landen tussen de 8 en de 10 %. In Engeland ligt dat aandeel hoger, op circa 13 % (Eurostat).

[2] Met overheveling van het beschermd wonen naar de WMO is daar per 2015 feitelijk een einde aan gekomen en is het beschermd wonen van het gezondheidszorgdomein naar het 'sociale domein' overgeheveld. We rekenen het Beschermd Wonen in dit advies nog wel tot de GGZ-sector.

[3] Waar voor de gehele gezondheidszorg het aandeel van de uitgaven aan residentiële zorg in andere West-Europese landen tussen de 7 en 17 % ligt, steekt Nederland daar ver bovenuit met een aandeel van circa 25 % (Eurostat). Omgekeerd ligt - voor de gehele gezondheidszorg - het aandeel van de ambulante zorg in Nederland aanzienlijk lager dan in alle ons omringende landen (19 % in Nederland versus 25 tot 35 % in andere West-Europese landen). Als gezegd spelen verschillen in zorgstelsels een rol. Niet bekend is hoe groot het aandeel van deze factor is in de verklaring voor de gevonden verschillen.

betreft het aantal BW-plaatsen nog in de West-Europese middenmoot verkeerde[4]. Sindsdien is het aantal BW-plaatsen in Nederland nog verdubbeld. Het onderzoek van Priebe e.a. toonde ook aan dat Nederland verreweg de meeste forensische psychiatrische plaatsen telde (in Nederland niet gefinancierd vanuit het zorgstelsel - en ook niet meegenomen in bovenstaande cijfers over klinische plaatsen - maar door het Ministerie van Veiligheid en Justitie).

Per saldo laat deze summiere internationale vergelijking zien dat van de 1 % van het BBP dat in Nederland aan de GGZ wordt uitgegeven, in vergelijking met omringende landen, een relatief groot deel wordt besteed aan residentiële en klinische voorzieningen. Tabel 2.1 tabel geeft een overzicht van de GGZ-uitgaven in Nederland in 2014. In de eerste twee kolommen gaat het om de uitgaven vanuit de ZVW en de AWBZ. In de rechterkolommen zijn ook uitgaven vanuit het ministerie van Veiligheid en Justitie (VenJ) aan de forensisch psychiatrische zorg meegeteld.

Tabel 2.1. Uitgaven GGZ 2014*

	Uitgaven in miljoenen euro's excl. VenJ	*% excl. VenJ*	*Uitgaven in miljoenen euro's incl. VenJ*	*% incl. VenJ*
Klinische GGZ totaal	**2500**	**38 %**	**3050**	**42 %**
Klinisch ZVW	1700	26 %	1700	23 %
Klinisch AWBZ	800	12 %	800	11 %
Klinisch VenJ	-	-	550	8 %
Beschermd wonen totaal	**1200**	**18 %**	**1250**	**17 %**
BW AWBZ	1200	18%	1200	16 %
BW VenJ	-	-	50	1 %
Ambulante GGZ totaal	**2950**	**44 %**	**3025**	**41 %**
Ambulant ZVW (incl POH)	2600	39 %	2600	35 %
Ambulant AWBZ	350	5 %	350	5 %
Ambulant VenJ	-	-	75	1 %
Totaal	**6650**	**100 %**	**7325**	**100 %**

* Schattingen op basis de volgende bronnen: NZA, CBS, DJI, ZIN, Vektis, Trimbos-instituut.

De tabel laat zien dat de ZVW- en AWBZ-uitgaven aan de GGZ in Nederland voor 56 % naar klinische voorzieningen en het beschermd wonen gaan. Tellen we de VenJ-gefinancierde GGZ mee, dan gaat het om 59 %. De ambulante zorg neemt 44 % respectievelijk 41 % voor zijn rekening. Daarbij gaat het grotendeels om ZVW-gefinancierde ambulante GGZ en voor een aanzienlijke kleiner deel om AWBZ-gefinancierde ambulante GGZ.

Minder dan de helft van de GGZ-uitgaven wordt anno 2014 dus besteed aan ambulante zorg – niettegenstaande het inmiddels enkele jaren lopende ambulantiseringstraject. Binnen die ambulante zorg is een verdere globale tweedeling te maken in zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) en overige ambulante zorg. Vektis en de NZA becijferden in de zogeheten

[4] Het aantal BW-plaatsen varieerde van 10 tot circa 85 plaatsen per 100.000 inwoners. Nederland telde in 2006 ruim 50 plaatsen per 100.000 inwoners. Inmiddels is dat aantal opgelopen tot meer dan 100 BW-plaatsen per 100.000 inwoners. Overigens bedienen de BW-voorzieningen in andere landen veelal een bredere doelgroep.

'vignettenstudies' de uitgaven voor de zorg aan mensen met EPA. De berekeningen laten zien dat de ambulante tweedelijns GGZ aan deze populatie met circa 800 miljoen euro een kwart tot een derde van tot totale ambulante GGZ-uitgaven beslaat en circa 12 % van de totale GGZ-uitgaven[5]. Uitgaven aan intensieve ambulante zorg[6] voor deze groep beslaat 250 tot 300 miljoen euro ofwel 4 á 5 % van de totale GGZ-uitgaven.

De cijfers laten zien dat met name de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen vooralsnog een (heel) beperkt deel uitmaakt van GGZ-uitgaven.

2.3 Zorggebruik en kwaliteit van zorg bij ernstige psychische aandoeningen

In totaal doen op jaarbasis circa 1 miljoen mensen een beroep op de GGZ. Circa 90 tot 92 % daarvan ontvangt uitsluitend ambulante zorg. Van deze circa 1 miljoen GGZ-gebruikers op jaarbasis heeft circa een vijfde (ofwel 200.000 mensen)[7] te kampen met ernstige psychische aandoeningen. Ook van deze groep ontvangt het overgrote deel in hoofdzaak ambulante zorg; circa 10-12 % woont in een instelling of beschermende woonvorm; en op jaarbasis wordt circa 15 % van de mensen met ernstige psychische aandoeningen tijdelijk opgenomen (Trimbos-instituut, 2015).

Ambulante zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen wordt vanuit verschillende GGZ-voorzieningen geboden. In de meeste gevallen gaat het om zorg vanuit de reguliere zorgprogramma's. Een kleiner deel maakt gebruik van gespecialiseerde voorzieningen zoals de ACT-teams en de FACT-teams (circa 25 %) of de ambulante begeleiding vanuit de (voormalige) RIBW's (circa 10-15 %). In mindere mate spelen ook ander gespecialiseerde voorzieningen een rol, zoals teams voor Psychiatrische Intensieve Thuiszorg (PIT), Intensive Home Treatment (IHT) of Vroege Interventie bij Psychose (bij elkaar opgeteld gaat het bij deze voorzieningen om naar schatting 10 % van de EPA-cliënten). Verder maakt een deel gebruik van de ondersteuning door vrijgevestigde hulpverleners.

Met name het aantal FACT-teams is in de afgelopen jaren snel in aantal gegroeid. Kenmerkend voor het FACT-model is het bieden van geïntegreerde, outreachende en zo nodig intensieve zorg vanuit multidisciplinaire teams. Inmiddels telt Nederland circa 300 teams die volgens de FACT-principes werken. In totaal bieden deze teams hulp aan circa 60.000 cliënten. Dat is aanzienlijk (al ontvangen dus de meeste mensen met ernstige psychische aandoeningen geen FACT-zorg). Niettemin is in termen van GGZ-capaciteit c.q. GGZ- uitgaven - en in lijn met de bevindingen in de vorige paragraaf - het aandeel van FACT in de Nederlandse GGZ beperkt. Totale kosten van de FACT-teams bedragen grofweg 400 miljoen euro ofwel circa 6 % van de totale GGZ-uitgaven (Trimbos-instituut, 2012; 2015)[8].

---

[5] Dat is inclusief de ZVW-gefinancierde ambulante zorg aan BW-bewoners.

[6] Van 'intensieve ambulante zorg' is volgens de criteria in de vignettenstudie sprake in geval van ambulante AWBZ-gefinancierde zorg van minimaal 7 uur per week en/of ambulante ZVW-gefinancierde zorg van minstens 36 behandeluren per jaar (ofwel circa 1 contact per twee weken) (NZA, in voorbereiding; Vektis, 2015)

[7] Delespaul e.a. ramen het totaal aantal mensen met ernstige psychische aandoeningen op 281.000; daarvan zijn naar schatting 216.000 mensen in zorg bij de GGZ; van de GGZ-cliënten met ernstige psychische aandoeningen zijn naar schatting 160.000 cliënten tussen de 18 en 65 jaar (Delespaul e.a., 2013).

[8] In totaal beschikken FACT-teams in 2015 tezamen over een capaciteit van circa 3.000 fte. Ter vergelijking: volgens het CBS telde de GGZ in 2013 circa 67.000 fte aan arbeidskrachten (Trimbos-instituut, 2014).

Het FACT-model heeft in de afgelopen jaren op een groot draagvlak kunnen rekenen. Maar er worden inmiddels ook kanttekeningen geplaatst bij de huidige implementatie (zie onder andere Trimbos-instituut, 2015). Zo is er nog altijd (veel) te weinig aandacht voor psychologische hulp en voor ondersteuning bij werk en onderwijs, zo wordt gesignaleerd. Tekorten op deze terreinen zijn in belangrijke mate gerelateerd aan de - te beperkte - zorgintensiteit zoals die bij de gegeven capaciteit en caseload geboden kan worden (gemiddeld 10 fte voor ruim 200 cliënten[9]). Gemiddeld ontvangen cliënten van FACT-teams één contact per week. In tijden van crisis wordt de zorg opgeschaald, maar daarmee blijft voor ondersteuning op andere terreinen ook binnen de FACT-teams nog altijd (veel) te weinig tijd/capaciteit over (zie o.a. Trimbos-instituut, 2015). In ‘reguliere’ zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen is de contactfrequentie overigens nog aanzienlijk lager: gemiddeld 1 contact in de 3 weken (Trimbos-instituut, 2015).

Actuele inzichten over ‘goede zorg’

De kanttekeningen zoals die bij de huidige implementatie van FACT worden gemaakt, weerspiegelen de tekorten in de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in brede zin. Zowel kwantitatieve als kwalitatieve factoren spelen daarbij een rol. Op de kwantitatieve factoren (beschikbare capaciteit en middelen) gaan we in het volgende hoofdstuk in. Wat betreft de kwalitatieve factoren zijn de actuele inzichten over ‘goede zorg’ voor mensen met ernstige psychische aandoeningen onder andere bijeen gebracht in het landelijke *Plan van Aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen* (Projectgroep Plan van Aanpak EPA, 2014).

Centraal in het bovengenoemde *Plan van aanpak* staat het inzetten op niet alleen symptomatisch, maar ook op persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Daarbij duidt *persoonlijk herstel* op het hervinden van perspectief, hoop, een positief zelfgevoel, een betekenisvol bestaan en controle over het eigen leven. Bij *maatschappelijk herstel* gaat het om meedoen aan de samenleving, in brede en volwaardige zin, net als andere burgers, maar zonder de persoonlijke kwetsbaarheden te hoeven verstoppen (vrijwaring van stigmatisering). Uitgangspunt is daarbij dat ‘een beetje meedoen’ niet genoeg is: een huis, een baan, een opleiding en vrijetijdsbesteding in de gewone samenleving zijn de centrale doelen (waarbij niet wordt gewacht totdat de patiënt eenmaal in symptomatische zin voldoende is hersteld). Dat vraagt ook een betere toegankelijkheid van betreffende maatschappelijke voorzieningen.

Volgens het *Plan van aanpak* is herstelondersteunende zorg voor mensen met psychische aandoeningen ten principale perspectiefvolle zorg. Goede zorg is ook fasegevoelig; het houdt rekening met de vooruitgang en terugval, is niet tijd- en plaatsgebonden, maar wordt geboden waar en wanneer nodig, is toegankelijk, flexibel bereikbaar (makkelijk op en af te schalen) en voor kortere of langere tijd inzetbaar. Herstelondersteunende zorg is ook ‘omgevingsgeoriënteerd’. Met name positieve, steunende relaties – en in bredere zin een stimulerende sociale en maatschappelijke omgeving – spelen een doorslaggevende rol in het herstel van mensen met psychische

[9] Huidige normafspraken liggen op 10 fte voor ten hoogste 150 cliënten. Zie ook F-ACT Nederland, in voorbereiding.

aandoeningen. Herstelondersteunende zorg steunt en stimuleert (de ontwikkeling van) die relaties. Verder is herstelondersteunende zorg vooral ook samenhangende zorg. Persoonlijk en maatschappelijk herstel gaan hand in hand en kunnen niet in afzonderlijke ‘zorgdomeinen’ worden opgeknipt.

In onderstaand kader worden de in het Plan van aanpak geïdentificeerde kenmerken van goede zorg en ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in twaalf punten samengevat. De opsomming is niet vrijblijvend. Implementatie van deze kenmerken vraagt in de ogen van de opstellers van het Plan van Aanpak om commitment aan een concrete ambitie. Gepleit wordt voor het inzetten, op populatieniveau, op tenminste een derde meer herstel, op zowel symptomatologisch, persoonlijk als maatschappelijk vlak.

Kenmerken van goede zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen ('Over de brug', 2014).

Goede zorg:
- Ondersteunt herstel en bevordert empowerment
- Bevordert participatie en bestrijdt stigmatisering
- Streeft naar veiligheid (en het nemen van verantwoorde risico's)
- Stemt zorg individueel af ('personalized care')
- Investeert veel in goede werkrelaties
- Ondersteunt en werkt samen met familie en andere naastbetrokkenen
- Werkt aan effectieve relaties in de bredere omgeving
- Biedt zorg die rekening houdt met de dimensies en fasen van herstel
- Biedt zoveel mogelijk bewezen effectieve interventies aan
- Bevordert lichamelijke gezondheid en somatische zorg
- Biedt integrale zorg die op continuïteit gebaseerd is
- Maakt optimaal gebruik van nieuwe technologie

3 Streefcijfers ambulantisering

3.1 Ambulantisering als herallocatietraject

Doelstelling van het ambulantiseringstraject is om mensen met psychische aandoeningen en in het bijzonder mensen met *ernstige* psychische aandoeningen meer en betere ambulante ondersteuning te bieden en hen daarmee beter op weg te helpen naar een gezond, veilig, sociaal en maatschappelijk leven. Uitbreiding van de ambulante zorg is daarvoor niet de enige voorwaarde, zo liet de vorige paragraaf zien, maar wel een essentiële.

Eén manier om tot die ambulante uitbreiding te komen is om meer middelen ter beschikking te stellen aan de GGZ. Op puur economische gronden zou een dergelijke maatregel goed te verdedigen zijn. Lokkerbol e.a. becijferden dat iedere euro die wordt uitgegeven aan de GGZ de samenleving ruim 4 euro oplevert, met name aan vermeerderde arbeidsproductiviteit en verminderde uitgaven aan sociale uitkeringen (Lokkerbol e.a., 2011). Specifiek voor de zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen liggen de opbrengsten van investeringen in goede zorg mogelijk nog hoger (achterstanden in lichamelijke gezondheid en maatschappelijke participatie en afhankelijkheid van uitkeringen zijn groot; dat geldt navenant voor de potentiële opbrengsten van investeringen in een verbeterde gezondheid en maatschappelijke participatie).

Een substantiële uitbreiding van het financiële macro-kader voor de GGZ ligt echter niet in de lijn der verwachting. Bij het streven naar beheersing van de collectieve uitgaven en de gezondheidszorguitgaven is voor de ZVW-gefinancierde GGZ voor de komende jaren een maximale reële groei van 1 % per jaar afgesproken[10]. Rond de voormalige AWBZ-gefinancierde voorzieningen liggen de bevoegdheden wat dit betreft inmiddels grotendeels bij de gemeenten. Ook daar zijn er op voorhand geen aanwijzingen voor een forse uitbreiding van de GGZ-budgetten. Dat betekent dat de middelen voor uitbreiding van de ambulante GGZ, in het bijzonder voor mensen met EPA, binnen die GGZ zelf gegenereerd moeten worden.

Gegeven bovenstaande afspraken en ontwikkelingen gaan we ervan uit dat het totale GGZ-budget in de komende jaren niet fors zal stijgen. We gaan er vooralsnog ook van uit dat dit budget voorlopig niet zal dalen. In deze context gaat het bij het ambulantiseringstraject de facto om een her-allocatie van middelen binnen de bestaande budgettaire kaders.

3.2 Wetenschappelijke evidentie en zorginhoudelijke keuzen

Er is inmiddels de nodige evidentie voor de bouwstenen en ingrediënten van goede en effectieve zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen. Het *Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen* is voor een belangrijk deel op deze evidentie gebaseerd. Ook is er inmiddels op populatieniveau en op basis van wetenschappelijk

[10] Voor de periode 2012-2014 bedroeg de afgesproken maximale reële groei nog 2,5 %, maar laten voorlopige cijfers een onderschrijding van die groeiruimte zien (Trimbos-instituut, 2015).

onderzoek een goed zicht op het voorkomen van psychische aandoeningen en de kwaliteit van leven en zorgbehoeften van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Er is echter geen wetenschappelijke evidentie voor een optimale verdeling van de beschikbare GGZ-middelen over verschillende categorieën voorzieningen voor verschillende categorieën cliënten. Die verdeling is vooralsnog in hoofdzaak een kwestie van maatschappelijke en zorginhoudelijke keuzen (zie ook McDaid & Thornicroft, 20015; Knapp e.a., 2011). Het overzicht van de internationale cijfers in het vorige hoofdstuk suggereert ook dat die keuzen op verschillende plaatsen anders uitvallen. Ook binnen Nederland doen zich aanzienlijke verschillen voor in de besteding van de beschikbare GGZ-middelen aan verschillende categorieën voorzieningen en verschillende categorieën cliënten.

Specifiek voor het Nederlandse stelsel is bovendien dat het primair aan de regionale veldpartijen wordt overgelaten om op basis van de eigen visies, inzichten en prioriteiten en al dan niet in gezamenlijkheid tot keuzen te komen over de in de regio best passende organisatie van de GGZ en de bijbehorende verdeling van de beschikbare middelen. Landelijke ‘voorschriften’ voor een optimale verdeling van de beschikbare middelen zijn dan niet aan de orde.

Om die redenen oriënteren we ons in dit hoofdstuk niet op één algemeen geldend ‘streefcijfer’, maar op een aantal mogelijke toekomstscenario’s. Meer concreet beschrijven we een drietal scenario’s, die zich van elkaar onderscheiden in de organisatie en de capaciteit van de toekomstige ambulante GGZ, gekoppeld aan de verdeling van de GGZ-uitgaven over de klinische voorzieningen, het beschermd wonen, de ambulante EPA-zorg en de ambulante overige zorg. Leidende vraag daarbij is wat nodig en mogelijk is als het gaat om het verruimen van de ambulante ondersteuning voor de cliënten met de grootste ondersteuningsbehoeften c.q. voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Per scenario schetsen we wat nodig is om die scenario’s te realiseren en welke mogelijkheden het scenario biedt voor de (organisatie van de) zorg voor mensen met psychische aandoeningen.

3.3.1 Toekomstscenario’s ambulante GGZ

We onderscheiden de volgende drie scenario’s voor de toekomst van de ambulante GGZ.

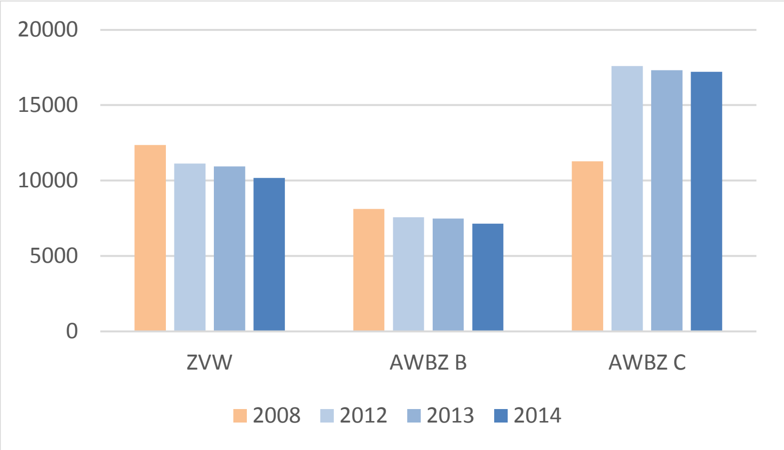
1. Het continueringsscenario’s
   Uitgangspunt voor dit scenario is continuering van de huidige ontwikkelingen zoals die zijn ingegeven door de afspraken over de afbouw van de intramurale GGZ in het Bestuurlijk Akkoord. Het scenario bevat een tentatieve doorrekening van de middelen die vrijkomen en de ambulante uitbreidingsmogelijkheden die ontstaan binnen de kaders van huidige afbouwafspraken.
2. Scenario intensivering ambulante opbouw
   In dit scenario vormt niet de actuele intramurale afbouw maar het perspectief op ambulante opbouw het vertrekpunt. Uitgangspunt is daarbij een substantiële uitbreiding van het huidige aanbod aan ambulante voorzieningen - in het bijzonder voor mensen met ernstige psychische aandoeningen - en daarmee van het aandeel van deze zorg in totale GGZ-uitgaven.

3. Scenario ‘geïntegreerde GGZ in de wijk’
   In dit scenario wordt het organisatieprincipe van geïntegreerde en maatschappelijk ingebedde zorg doorontwikkeld tot een geïntegreerde GGZ op het niveau van de wijk en worden beschikbare middelen zo veel als mogelijk ingezet voor de ambulante wijkvoorzieningen van de GGZ voor mensen met ernstige psychische aandoeningen.

3.3.1 Continueringsscenario

In het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ uit 2012 hebben de landelijke overheid, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties afgesproken om de intramurale capaciteit te reduceren tot twee derde van de capaciteit in 2008 en deze afbouw te substitueren door middel van ambulante zorg. In het continueringsscenario gaan we ervan uit dat de vanuit de beddenafbouw vrijkomende middelen volledig worden geherinvesteerd in de ambulante zorg en verkennen we welke intensivering daarmee mogelijk is en wat de consequenties zijn voor de (her)verdeling van het beschikbare GGZ-budget.

Figuur 1. Capaciteitsontwikkelingen intramurale GGZ 2008-2014 (aantal plaatsen)*



* Op basis van aantal verblijfdagen in kalenderjaar en omgerekend naar plaatsen op basis van de rekenregel 365 dagen is één plaats. Gegevens over 2008 op basis van NZa cijfers, zoals gerapporteerd in de Landelijke Nulmeting Intramurale GGZ (Trimbos-instituut, 2012). AWBZ B-cijfers 2008 inclusief ABWZ overig. Gegevens over 2012-2104 op basis van extrapolatie van de LMA-gegevens (naar schatting 75 % van totale intramurale capaciteit in Nederland) en bijschatting op basis van andere bronnen (DigiMv). (De AWBZ-productiecijfers van 2008 liggen beduidend lager dan de AWBZ-productiecijfers van de omliggende jaren en zijn daarmee mogelijk een onderrapportage.)

Figuur 1 geeft een overzicht van de beddenafbouw tot dusver. De figuur laat in de eerste plaats zien dat het totaal aantal plaatsen in de opname- en verblijfsvoorzieningen (Zvw en AWBZ B) in 2014 grofweg een zesde onder het niveau van peiljaar 2008 lag. Daarmee is inmiddels circa de helft van het afbouwtraject afgelegd (de beddenafbouw werd voor een deel al vóór 2012 ingezet). Bij voltooiing van het traject conform de afspraken zal Nederland uiteindelijk circa 80 klinische plaatsen per 100.000 inwoners tellen. Daarmee zou de klinische capaciteit in Nederland overigens nog steeds boven het Europese gemiddelde liggen.

De bevindingen van de Monitor Ambulantsering en Hervorming Langdurige GGZ laten ook zien dat parallel aan de beddenafbouw een intensivering van de intramurale zorg heeft plaatsgevonden. Met

name in ZVW-gefinancierde intramurale GGZ komt de afbouw in de periode 2013-2014 volledig voor rekening van plaatsen met een relatief laagintensieve verzorgingsgraad. Het aantal plaatsen met een intensieve tot zeer intensieve verzorgingsgraad nam in de periode 2013-2014 niet alleen in relatieve zin maar ook in absolute zin toe. Deze zorgintensivering betekent dat de 7 % afbouw in het aantal ZVW-gefinancierde klinische plaatsen in de periode 2013-2014 niet resulteert in een evenredig daling van de uitgaven aan de intramurale ZVW-gefinancierde GGZ. Een doorrekening van die uitgavendaling komt uit op ongeveer 3 %.

Ook bij de verblijfsvoorzieningen (AWBZ B) is de zorgintensiteit in de afgelopen jaren toegenomen, met die kanttekening dat de afbouw daar pas later is ingezet en dat juist in het laatste meetjaar (2014) die zorgintensivering lijkt af te vlakken.

Een *relatieve* intensivering van de intramurale zorg is ten dele ook wat op voorhand verwacht mocht worden. Bij afnemende capaciteit zal de overblijvende intramurale zorg zich meer gaan concentreren op de ‘zwaardere’ populatie. Een goede verklaring voor een *absolute* stijging van de het aantal intensieve intramurale zorgtrajecten is niet goed te geven. Dat neemt niet weg dat er ook goede argumenten kunnen zijn om door middel van intensievere zorg de kwaliteit van de intramurale zorg te verbeteren[11].

Per saldo betekent een en ander dat de voor de intensivering van de ambulante zorg vrijkomende middelen niet evenredig zijn aan de afbouw van intramurale capaciteit. Het aandeel van de klinische zorg in de GGZ-uitgaven bedroeg in 2014 circa 38 % (zie tabel 1). Bij voortzetting van de afbouw conform de afspraken en bij gelijkblijvende gemiddelde zorgintensiteit en totaalbudgetten zou dat aandeel bij voltooiing van de afgesproken afbouwopgave op circa 32 % uitkomen. Bij voortzetting van zorgintensivering in de intramurale GGZ komt het aandeel van de klinische GGZ in de totale GGZ-uitgaven uit op circa 35 %. Daarmee bedraagt het aandeel van de totale zorguitgaven dat op termijn - en vanaf 2014 - in het continueringsscenario vrij komt voor de ambulante zorg circa 3 procentpunt.

Figuur 1 laat ook zien dat de capaciteit voor beschermd wonen sinds 2008 nog fors is gegroeid. Vanaf 2014 is een lichte daling te zien. Het beschermd wonen valt inmiddels onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Deze waren geen partij in de afbouwafspraken in het kader van het Bestuurlijk Akkoord. De bevindingen van de Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ doen vermoeden dat een substantiële afbouw van het beschermd wonen vooralsnog niet in de lijn der verwachting ligt. In een enquête onder centrumgemeenten maken de gemeenten, daarnaar gevraagd, nauwelijks melding van afbouwplannen, in ieder geval niet voor de korte termijn.

Een en ander impliceert dat, gegeven de budgettaire kaders, de huidige afbouwafspraken en de wijze waarop deze momenteel worden geëffectueerd, het continueringsscenario lijkt te resulteren in relatief bescheiden mogelijkheden voor intensivering van de ambulante zorg. Tabel 3.1 geeft een overzicht van de verdeling van de GGZ-uitgaven in 2020 volgens het continueringsscenario, afgezet tegen de actuele situatie in 2014. Daarbij zijn vrijkomende middelen in de tabel volledig toebedeeld aan de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Niet uitgesloten is dat in de praktijk een deel van de - beperkte - groeimogelijkheden ook (of vooral) aan de uitbreiding

[11] Vergelijk de ontwikkeling van HIC (High Intensive Care).

overige ambulante zorg wordt besteed en er per saldo nog aanzienlijk minder ruimte overblijft voor uitbreiding van de ambulante zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Tabel 3.1. Uitgavenverdeling GGZ in het continueringsscenario

	Stand van zaken 2014	*Continuerings-scenario 2020*
Klinisch	38 %	35 %
BW	18 %	18 %
Ambulant EPA	Ca 12 %	Ca 15 %
Ambulant overig	Ca 32 %	Ca 32 %
Totaal	100 %	100 %

Gegeven de zorginhoudelijke en maatschappelijke ambities van het ambulantiseringstraject dient zich de vraag aan of deze zullen kunnen worden gerealiseerd met een herverdeling van de GGZ-uitgaven zoals resulterend uit het continueringsscenario. Zowel in termen van beschikbare ambulante voorzieningen en capaciteit voor mensen met ernstige psychische aandoeningen als in termen van de zorginhoudelijke focus van de GGZ als geheel lijkt dit scenario daarvoor vooralsnog te weinig slagkrachtig.

3.3.2 Scenario intensivering ambulante opbouw

De huidige ambulantiseringsafspraken zijn de facto gebaseerd op een ‘blik naar het verleden’. Leidraad voor het ambulantiseringstraject is de afbouw van de in het verleden opgebouwde intramurale voorzieningen, met het jaar 2008 als referentiepunt. Ambulante opbouw is daarvan een afgeleide.

In het scenario intensivering ambulante opbouw is de toekomst van de ambulante zorg het centrale referentiepunt. Uitgangspunt is een substantiële opschaling van de bestaande infrastructuur voor de ambulante zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen. Die opschaling moet erin resulteren dat de ‘state of the art’ voorzieningen voor deze populatie aan de eigen standaarden kunnen voldoen (waaronder die voor de zorgintensiteit) en dat deze voorzieningen voor een aanzienlijk groter deel van deze populatie bereikbaar worden. Een dergelijke opschaling is mogelijk als het aandeel van de uitgaven aan de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in de totale GGZ-uitgaven (tenminste) wordt verdubbeld en kan uitkomen op circa een derde.

Binnen de huidige organisatie van de GGZ en de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen - met FACT als een ambulante c.q. transmurale kernvoorziening – kan in dit scenario worden ingezet op een opschaling van het bereik van de FACT-teams van de huidige 60.000 cliënten naar circa 120.000 cliënten (ruim de helft van de EPA-cliënten van de GGZ) en een gelijktijdige vermindering van de caseload van de huidige 1 fte op 20 cliënten naar 1 fte op 15 cliënten[12].

[12] Dit scenario voor de FACT-ontwikkeling sluit aan bij de toekomstvisie die F-ACT- Nederland op dit moment in voorbereiding heeft. Daarin wordt gesproken van een verdubbeling van het bereik van F-ACT en van een caseload van 1 op 15 of minder (F-ACT Nederland, in voorbereiding).

Landelijk zou het aantal FACT-teams daarmee uitkomen op circa 800 (bij een gemiddelde capaciteit van 10 fte per team). Naast een breder bereik, maakt een dergelijke opschaling ook een substantiële zorgintensivering mogelijk en kan een intensivering plaatsvinden van onder meer de psychologische en psychotherapeutische ondersteuning en ondersteuning bij sociale en maatschappelijke participatie. Een nog iets verdere opschaling kan ook meer ruimte bieden voor vroeginterventie. Specifiek voor vroeginterventie bij psychose kent Nederland momenteel circa 50 VIP-teams, maar vroeginterventie bij psychose kan ook binnen FACT-verband georganiseerd worden. In het scenario 'intensivering ambulante opbouw' wordt de capaciteit voor deze specifieke (al dan niet separate) voorzieningen verdubbeld (met bijhorende opschaling van de VIP-teams dan wel FACT-teams).

Ook (overige) opnamevoorkomende voorzieningen worden in het scenario 'intensivering ambulante opbouw' opgeschaald. Met de recente ontwikkeling van IHT blijft crisiszorg niet meer beperkt tot de 'noodingreep' die het in huidige situatie vaak nog is (bij gebrek aan tijd en menskracht veelal resulterend in - een roep om - een opname), maar staat intensieve procesbegeleiding gedurende de crisisperiode centraal. De IHT-ontwikkeling is nog jong. Op dit moment telt Nederland circa 40 IHT-teams. In het scenario 'intensivering ambulante opbouw' is het streven om te komen tot tenminste 150 IHT-teams. (Ingeval van crisisbegeleiding voor FACT-cliënten vanuit de FACT-teams kan gekozen worden voor 120 IHT-teams en verdere opschaling van FACT voor deze functie.)

Middelen voor een deze intensivering van de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen worden in dit scenario in de eerste plaats gegenereerd uit een verdere vermindering van de uitgaven aan klinische zorg. Het scenario 'intensivering ambulante opbouw' gaat gepaard met een afbouw van de klinische GGZ met circa een derde, niet in termen van het aantal plaatsen (zoals in het continueringsscenario), maar in termen van het aandeel in de totale uitgaven. Rekening houdend met een zorgintensivering in de overblijvende intramurale voorzieningen zou de totale klinische capaciteit in dit scenario uitkomen op circa 60 plaatsen per 100.000[13]. Met deze capaciteit ligt het aantal bedden in het scenario 'intensivering ambulante opbouw' onder het Europese gemiddelde maar nog steeds boven het huidige niveau van dat van landen als Groot-Brittannië en Zweden, die op dit moment van de Europese landen over de laagste beddencapaciteit beschikken. Bij voortzetting van de trend tot dusverre, waarin de afbouw niet resulteert in minder opnamen, impliceert dit scenario vooral een verdere verkorting van de opnameduur (zo mogelijk ook een omvorming van een deel van die opnamecapaciteit in minder 'klinische' en minder dure settings, zoals de zogeheten respijthuizen). De forse intensivering van de ambulante zorg (FACT, IHT) moeten deze verkorting van de opnameduur mogelijk maken. Mogelijk brengt die intensivering op termijn ook het aantal opnamen terug.

In het scenario 'intensivering ambulante opbouw' wordt ook ingezet op een derde afbouw van de uitgaven aan beschermd wonen. Daarbij wordt, anders dan bij de klinische afbouw, niet 2008 maar 2014 als referentiejaar gehanteerd (de uitgaven aan het beschermd wonen zijn tussen 2008 en 2014 nog fors gegroeid). Waar beschermd wonen een 'totaalpakket' biedt voor behoeften op verschillende gebieden (wonen, zorg), wordt in dit scenario nadrukkelijker ingezet op het vinden van oplossingen op maat voor deze afzonderlijke behoeften (zie ook Commissie Toekomst beschermd wonen, 2015). Dat vraagt naast toegang tot goede en waar nodig intensieve zorg, ook om een betere toegang tot geschikte en betaalbare woningen, dat laatste ook in relatie tot de inkomenspositie van

[13] Enkele regio's in Nederland zitten momenteel al op dit niveau.

mensen met ernstige psychische aandoeningen. Afbouw van het beschermd wonen impliceert in dit scenario nadrukkelijk niet een afbouw van de aan deze voorzieningen verbonden zorgcapaciteit. De beschikbare capaciteit wordt anders en meer bij mensen thuis (en zo nodig met eenzelfde intensiteit als in de huidige BW-voorzieningen) ingezet. Afhankelijk van de regionale situatie kan deze zorgcapaciteit als separate voorziening voor ambulante (woon)begeleiding blijven bestaan, maar ook aangehaakt worden bij hetzij FACT, hetzij de sociale wijkteams.

In zijn algemeenheid blijft er in dit scenario ruimte voor enige variatie in de exacte verdeling van de capaciteit van de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (of mensen in crisissituaties) over de verschillende categorieën voorzieningen. Op regionaal niveau kunnen keuzen verschillen met betrekking tot het integreren dan wel separaat organiseren van verschillende categorieën voorzieningen. Bottomline van het scenario is de keuze om de ambulante opbouw niet (zoals in het continueringsscenario) als resultante te definiëren van de beddenafbouw, maar om expliciet een substantieel deel van de uitgaven aan de GGZ - tenminste 30 % - te bestemmen voor de ambulante zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen. Per saldo zou de verdeling van de totale GGZ-uitgaven over de verschillende categorieën voorzieningen er in het scenario ‘intensivering ambulante opbouw’ dan als volgt uit zien:

Tabel 3.2. Uitgavenverdeling GGZ in het scenario intensivering ambulante opbouw

	Stand van zaken 2014	*Continuerings-scenario 2020*	*Scenario intensivering ambulante opbouw*
Klinisch	38 %	35 %	27,5 %
BW	18 %	18 %	12,5 %
Ambulant EPA	Ca 12 %	Ca 15 %	30 %
Ambulant overig	Ca 32 %	Ca 32 %	30 %
Totaal	100 %	100 %	100 %

De tabel laat zien dat de ruimte voor het opschalen van de ambulante EPA-zorg vooral wordt gecreëerd door (verdere) afbouw van de klinische en BW-voorzieningen. Voor een klein deel wordt die ruimte ook gecreëerd door het beperken van (de groei) van de ambulante zorg voor de niet-EPA cliënten. Dat vraagt niet per se om minder hulp aan de betreffende zorgvragers maar wel om minder dure hulp c.q. een nadrukkelijker ontwikkeling en gebruik van alternatieven, bijvoorbeeld in de vorm van peer support, e-health, huisarts en POH.

3.3.3 Scenario ‘geïntegreerde GGZ in de wijk’

In bovenstaande scenario ‘intensivering ambulante opbouw’ worden de mogelijkheden verkend van een verdere uitbreiding van het aandeel van de ambulante EPA-zorg binnen de huidige organisatorische kaders van de GGZ. In het scenario voor een ‘geïntegreerde GGZ in de wijk’ wordt

gekozen voor nieuwe kaders voor die organisatie en voor een nadrukkelijke implementatie van de uitgangspunten van het Plan van Aanpak 'Over de brug' binnen die nieuwe kaders[14].

Centraal in dit scenario staat een expliciete (en radicale) keuze voor een wijkgerichte GGZ, die maximaal is geïntegreerd en maatschappelijk ingebed. De zorg en ondersteuning aan mensen met psychische aandoeningen worden in deze wijkgerichte GGZ vormgegeven in nauwe samenwerkingsverbanden tussen GGZ-professionals, mensen met psychische aandoeningen zelf, hun sociale netwerken (waaronder familie) en netwerken van andere voorzieningen in de wijk (sociale wijkteams, andere voorzieningen in het sociale domein, huisartsen, voorzieningen op het gebied van participatie). De overweging is dat een GGZ-infrastructuur op wijkniveau persoonlijke contacten en natuurlijke netwerken mogelijk maakt. Het biedt daarmee ook een betere basis om van het 'éénrichtingsverkeer' van de zorgaanbieder richting zorgvrager over te stappen op een model van 'gezamenlijkheid', reciprociteit en multideskundigheid. Tegen die achtergrond is in het scenario van de 'geïntegreerde GGZ in de wijk' ook een belangrijke plaats weggelegd voor ervaringsdeskundigheid en voor consumer-run voorzieningen rond een diversiteit aan (zorg- en ondersteunings-)functies voor achtergestelde groepen. De wijk-GGZ krijgt in dit model een groot mandaat om met de andere partners in de wijk de zorg vorm te geven (geen indicaties maar populatie-verantwoordelijkheid). Het model moet de organisatorische basis bieden van een overgang van een 'crisis-GGZ' (met een accent op bedden) naar een 'herstel-GGZ' (met een accent op ambulante zorg en inclusie).

Kernoverweging in dit scenario is dat een wijkgerichte GGZ conform bovenstaande principes alleen haalbaar is als middelen en menskracht zo min mogelijk worden verkokerd en maximaal worden gedecentraliseerd naar en gebundeld op wijkniveau. Voor een voldoende stevige invulling van het concept van een 'geïntegreerde GGZ in de wijk' wordt gedacht aan een ambulante wijkinfrastructuur met een capaciteit van gemiddeld 60 fte op een wijkomvang van 20.000 inwoners. Daarvan zou 40 fte ingezet kunnen worden in GGZ-wijkcentra voor de ondersteuning van mensen voor wie geïntegreerde zorg is aangewezen. Daarbij gaat het voor een belangrijke deel om de huidige populatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen, maar het kan ook gaan om mensen bij wie 'chroniciteit' nog niet aan de orde is, maar wel een risico vormt; de wijkcentra voor geïntegreerde GGZ vervullen ook een preventieve functie en participeren bijvoorbeeld ook in de sociale wijkteams. Bij fluctuaties in aard of omvang van de zorgbehoefte vindt geen doorverwijzing plaats tussen separate (GGZ-)voorzieningen maar wordt vanuit het wijkcentrum en in samenwerking met de cliënt en het netwerk flexibel op die fluctuaties ingespeeld. De overige 20 fte van de ambulante GGZ-infrastructuur wordt ingezet voor specifieke (therapeutische) ambulante zorg (ten dele ook wijk gebonden, maar waar aangewezen ook daarbuiten). Rekenen we deze capaciteitscijfers door in termen van GGZ-uitgaven, dan vraagt het scenario 'geïntegreerde GGZ in de wijk' om een aandeel van de ambulante GGZ in het totale GGZ-budget van 75 %. Daarvan zou twee derde (ofwel 50 % van het totale GGZ-budget) worden bestemd voor geïntegreerde zorg aan mensen met (risico op) ernstige psychische aandoeningen (de 'GGZ-wijkcentra') en een derde (ofwel 25 % van het totale GGZ-budget) voor specifieke (therapeutische) ambulante zorg.

Voor wat betreft de intramurale voorzieningen gaat het scenario van de 'geïntegreerde GGZ in de wijk' uit van het maximaal voorkómen én het minimaliseren van de duur van een psychiatrische

[14] Voor dit scenario is in belangrijke mate geput uit de toekomstvisie zoals die wordt geschetst in Delespaul e.a., 2016.

opname. Aan deze uitgangspunten liggen niet zozeer overwegingen van her-allocatie en gepast gebruik van schaarse middelen ten grondslag maar vooral zorginhoudelijke overwegingen: een beperkte opnameduur dwingt om direct aan de slag te gaan met het organiseren van ambulante oplossingen en het voorkomt de 'uitzichtloosheid', 'hopeloosheid' en iatrogene effecten van een langduriger opname. Het scenario biedt ook ruimte voor (niet-psychiatrische) respijtvoorzieningen, maar ook voor deze voorzieningen zou de verblijfsduur per keer vooraf bepaald moeten worden en ten principale niet meer moeten zijn dan een paar dagen. Voorgesteld wordt ook om de opnameplaatsen zo min mogelijk te bemensen met medewerkers die uitsluitend in de opnamevoorzieningen werken maar om de wijkcentra bij opnamen diensten te laten leveren aan deze opnamenvoorzieningen.

Per saldo komt het scenario van de 'geïntegreerde GGZ in de wijk' uit op een benodigd aantal van circa 40-45 intramurale plaatsen per 100.000 inwoners, waarvan circa 20 opnameplaatsen, circa 5 respijtplaatsen, circa 10 plaatsen met een asielfunctie en een beperkt aantal supraregionale, gespecialiseerde voorzieningen[15]. Voor wat betreft het beschermd wonen zet dit scenario maximaal in op het scheiden van wonen en zorg maar wel met behoud van de BW-zorgcapaciteit voor de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Ook deze capaciteit kan worden ingezet vanuit de geïntegreerde wijkinfrastructuur, in nauwe afstemming met en eventueel participerend in de sociale wijkteams.

In het scenario van de 'geïntegreerde GGZ in de wijk' wordt, behalve op bovenstaande nieuwe organisatiestructuren, ook sterk ingezet op een intensieve en innovatieve 'digitalisering' van de GGZ. Deze moet het mogelijk maken om de zorgconsumptie in termen van face-to-face contacten van de niet-EPA populatie voor een deel te vervangen door 'digitale community support' oplossingen.

In het scenario van de 'geïntegreerde GGZ in de wijk' ziet de uiteindelijke verdeling van het GGZ-budget er als volgt uit (rechterkolom in de tabel).

Tabel 3.3. Uitgavenverdeling GGZ in het scenario geïntegreerde GGZ in de wijk

	Stand van zaken 2014	*Continuerings-scenario 2020*	*Scenario intensivering ambulante opbouw*	*Scenario geïntegreerde GGZ in de wijk*
Klinisch	38 %	35 %	27,5 %	20 %
BW	18 %	18 %	12,5 %	5 %
*Ambulant EPA**	Ca 12 %	Ca 15 %	30 %	50 %
Ambulant overig	Ca 32 %	Ca 32 %	30 %	25 %
Totaal	100 %	100 %	100 %	100%

*In het scenario van de geïntegreerde GGZ in de wijk wordt het afbakeningscriterium voor deze categorie voorzieningen feitelijk niet meer gedefinieerd in termen van al dan niet 'EPA', maar in termen van de behoefte van de cliënt aan geïntegreerde zorg.

[15] Met deze capaciteit ligt het aantal bedden in het scenario 'geïntegreerde GGZ in de wijk' iets onder het huidige niveau van dat van landen als Groot-Brittannië en Zweden, die op dit moment van de Europese landen over de laagste beddencapaciteit beschikken (uitgezonderd Italië, waar de beddencapaciteit nog aanzienlijk lager ligt dan in het scenario van de 'geïntegreerde GGZ in de wijk'; zie ook Muusse e.a.).

Overigens zijn in deze en de eerdere tabellen de uitgaven aan administratie, overhead en kapitaallasten integraal toegerekend naar en verdisconteerd in de zorgkosten. Deze niet-zorg-gebonden kosten zijn momenteel aanzienlijk, zo laten verschillende bronnen zien. Het scenario van een (indicatieloze en zo min mogelijk in 'stenen' investerende) wijkgerichte GGZ kan ook mogelijkheden bieden voor een drastische reductie van deze niet-zorg-gebonden kosten.

4 Analyse en vervolg

In het voorgaande is het ambulantiseringstraject benaderd als her-allocatietraject, waarbij de verdeling van de middelen over verschillende categorieën voorzieningen in essentie een kwestie is van maatschappelijke en zorginhoudelijke keuzen. De scenario's laten in de eerste plaats zien dat, in termen van die her-allocatie, de bandbreedte voor de te maken keuzen groot is. Daarbij vergen het scenario 'intensivering ambulante opbouw' en met name het scenario 'geïntegreerde GGZ in de wijk' op vele fronten een grotere inzet en een forsere omslag (en een langer tijdpad) dan het continueringsscenario. Daarmee zijn ze niet minder realistisch in termen van hetgeen met de beschikbare GGZ-middelen kan worden gerealiseerd (zie ook Muusse e.a., 2015).

De scenario's geven slechts een rudimentaire schets van het mogelijke vervolg van het ambulantiseringstraject. De cijfermatige onderbouwing is globaal. Zo is in de scenario's geen rekening gehouden met een groei van de GGZ-uitgaven. Ook bij een beperkte groei (bijvoorbeeld 1 % reële groei op jaarbasis, zoals in de huidige afspraken) ontstaat er op de langere termijn meer ruimte voor gewenste uitbreidingen en zal de 'her-allocatiedruk' minder zijn. Eerder signaleerden we al dat in het Plan van Aanpak 'Over de brug' de ambitie wordt uitgesproken om te komen tot een derde meer herstel c.q. een derde minder zorgafhankelijkheid. Wanneer deze ambitie door een betere en effectievere zorginfrastructuur dichterbij komt, zal dat op de langere termijn ook consequenties kunnen hebben voor de benodigde middelen (en de verdeling daarvan). Doelen en middelen interacteren met elkaar.

Landelijke streefcijfers

Ondertussen dient zich de vraag aan wat de hier geschetste scenario's kunnen betekenen voor het vervolg van het ambulantiseringstraject. Als gezegd is het in de Nederlandse GGZ-stelsel primair aan de regionale partijen om, liefst in gezamenlijkheid, tot keuzen te komen over de in de regio best passende organisatie van de GGZ en de bijbehorende verdeling van de beschikbare middelen. Tegelijk laat met name het continueringsscenario zien dat bij voortzetting van de huidige ontwikkelingen, zoals ingegeven door de afspraken in het Bestuurlijk Akkoord en bij de huidige budgettaire kaders, de ambulante opbouw vermoedelijk (veel) te beperkt zal zijn om de zorginhoudelijke en maatschappelijke ambities van het ambulantiseringstraject te kunnen realiseren.

Kern van die ambities is de sociale inclusie - of nog beter: het voorkómen van de sociale exclusie - van mensen met (ernstige) psychische aandoeningen. Dat is een hoge ambitie, die niet gerealiseerd kan worden zonder een hoge inzet met betrekking tot de transities die daar op vele fronten voor nodig zijn. De erkenning van de omvang van deze uitdaging, komt het meest tot uiting in het scenario van de 'geïntegreerde GGZ in de wijk'. We pleiten dan ook voor dit scenario als stip op de horizon van de Nederlandse GGZ; niet als blauwdruk, maar wel als concretisering van de ambities waar de GGZ (en de samenleving) voor staan.

Belangrijk is ook de erkenning dat een traject conform het scenario van 'de geïntegreerde GGZ in de wijk' veel van alle betrokkenen vergt: van de medewerkers van de GGZ, van de GGZ-organisaties, van financiers en van andere maatschappelijke voorzieningen en de samenleving als geheel. Het vergt vooral veel vertrouwen: van financiers onderling, van financiers in zorgaanbieders, van instellingen in

de eigen medewerkers en van medewerkers van verschillende voorzieningen in elkaar. Het vergt ook zorgvuldigheid en tijd.

Ondertussen blijven impulsen vanuit de landelijke kaders nodig om de ambities van het ambulantiseringstraject te realiseren. Daarbij is een juist evenwicht nodig tussen zorginhoudelijke vergezichten en concrete afspraken. Tegen die achtergrond geven we in overweging om in het kader van de landelijke afspraken en voor de middellang termijn (2020) het scenario 'intensivering ambulante opbouw' als tussenstap en voorlopige landelijke leidraad ('streefcijfer') te hanteren voor het ambulantiseringstraject. In macro-termen komt dit neer op a. een garantie dat uit beddenafbouw vrijkomende middelen volledig wordt ingezet voor intensivering van de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (en benutting van eventuele groeiruimte) en b. een herdefiniëring van de landelijke ambulantiseringsafspraken in termen van uitgaven in plaats van bedden (c.q. een her-allocatie van een derde van de uitgaven aan klinische zorg - en het beschermd wonen - naar ambulante zorg). Die leidraad zou opgenomen kunnen worden in nieuwe, landelijke afspraken over het vervolgtraject en als basis kunnen dienen voor (een vertaling naar) de ambities op regionaal cq. wijkniveau (rekening houdend met bijvoorbeeld regionale prevalentiecijfers; zie verder). Waar regio's verdergaande ambities hebben (bijvoorbeeld conform het scenario 'geïntegreerde GGZ in de wijk') zou het goed zijn deze intensief te volgen en te bezien in hoeverre deze als voorbeeld voor andere kunnen dienen.

Toetsingskader regionaal zorglandschap

De scenario's laten ondertussen zien dat er voor de regio's veel te kiezen valt. Daarmee illustreren ze vooral dat het van belang is dát expliciete en zoveel als mogelijk *gezamenlijke* keuzen worden gemaakt. Die keuzen betreffen uiteraard niet alleen de verdeling en de her-allocatie van middelen (al kunnen de scenario's en een landelijke leidraad in dit opzicht wel als referentiekader dienen). Het gaat om veel meer. Het gaat ook om de ambities ('streefcijfers') met betrekking tot, onder andere, de organisatie van de zorg, de kwaliteit van de zorg, het vermogen 'bruggen' tussen mensen, voorzieningen en sectoren te slaan en, uiteindelijk, de mate waarin het regionale zorglandschap bijdraagt aan het persoonlijke en maatschappelijke herstel van mensen met psychische aandoeningen. De scenario's illustreren juist vanwege hun bandbreedte dat het van belang is dat regionale zorgaanbieders, financiers en cliëntenorganisaties in gezamenlijkheid tot het opstellen en formuleren van die ambities komen.

Een vraag is of het tot die gezamenlijke regionale agenda's komt wanneer afzonderlijke regio's en afzonderlijke regionale partijen geacht worden daar zelf (elk voor zich dan wel gezamenlijk) de eindtermen, criteria en methoden voor te ontwikkelen en uit te werken. Vanuit die optiek zou het zinvol zijn om, naast een algemeen geformuleerde landelijke leidraad, tot een gedeeld '*toetsingskader*' te komen dat regionale partijen ondersteunt bij het opstellen van gezamenlijke agenda's, het formuleren van de regionale ambities (regionale 'streefcijfers') en zo mogelijk ook het monitoren van de voortgang in het realiseren van die ambities. Een dergelijk toetsingskader zou een bindende factor kunnen zijn voor de regionale samenwerking die nu vaak nog achterwege blijft. Gekoppeld aan een landelijke infrastructuur, kan het ook de instrumenten aanreiken om de ontwikkelingen in de eigen regio te volgen en te vergelijken met die in andere regio's (idem de regionale proeftuinen die op dit moment op verschillende plaatsen in ontwikkeling zijn).

In een dergelijk toetsingskader zouden indicatoren kunnen worden geoperationaliseerd voor de kosten(verdeling), het gebruik, de kwaliteit en de effectiviteit van het regionale zorglandschap voor mensen met psychische aandoeningen. Op basis van de resultaten van een regionale nulmeting zouden de gezamenlijke ambities (streefcijfers) van de regionale partijen kunnen worden geformuleerd en geoperationaliseerd. Daarmee kunnen deze ambities worden afgestemd op de regionale uitgangssituaties en omstandigheden. Desgewenst maken een basisset van essentiële voorzieningen en basisnormen voor de beschikbaarheid van deze voorzieningen onderdeel uit van het toetsingskader (zie ook LPGGZ, 2015).

Het bij een dergelijk toetsingskader behorende instrumentarium zou uit drie onderdelen kunnen bestaan:

- Een instrument voor het bepalen van de relatieve prevalentie / zorgbehoefte op regionaal cq. wijkniveau aan de hand van, onder andere, sociaal-demografische en sociaaleconomische parameters (bron: CBS, KING).
- Een systematiek voor de periodieke peiling van de regionale stand van zaken rond een aantal kernindicatoren op basis van bestaande registraties. Te denken valt aan indicatoren voor de participatie van mensen met psychische aandoeningen in de regio (bron: CBS), zorggebruikpatronen in de regio (vignetten), de uitgaven aan / kosten van intramurale en ambulante zorg in de regio en uitkomsten van die zorg (ROM).
- Een visitatiesystematiek voor de periodieke beoordeling van de kwaliteit van de regionale zorginfrastructuur. Voor operationalisering van kwaliteitsindicatoren en ontwikkeling van de visitatiesystematiek zou voor een deel gebruik gemaakt kunnen worden van reeds bestaande toetsingskaders (zie onder andere Van Weeghel e.a,, 2011; Tansella & Thornicroft, 1998; Thornicroft & Tansella[16], 1999; Shepherd e.a., 2009; Salvador-Carulla e.a.; zie ook Zorgmarktadvies, 2015; LPGGZ, 2015). Ervaringsdeskundigen zouden een centrale plaats kunnen krijgen zowel in de ontwikkeling als in de uitvoering (visitatieteams) van de systematiek.

De uitdaging bij de ontwikkeling van een dergelijk toetsingskader zal vooral gelegen zijn in het vinden het juiste evenwicht tussen enerzijds een efficiënte en niet al te tijdrovende en anderzijds een relevante en voldoende informatieve systematiek. Ook moet het toetsingskader geen nieuwe verantwoordingssystematiek worden, bovenop de al bestaande verantwoordingsdruk en bijbehorende administratieve lastendruk. Afspraken zouden gemaakt kunnen worden over een vermindering van die verantwoordingsdruk op individueel cliëntniveau bij de regionale implementatie van een geaggregeerd toetsingskader zoals hierboven geschetst. Het toetsingskader zelf moet vooral ondersteunend zijn aan de regionale beleidsontwikkeling en de ontwikkeling en implementatie van regionale verbeteragenda's.

Bij ontwikkeling van een eerste versie van dergelijk toetsingskader in de eerste helft van 2016 en het initiëren van pilots in de tweede helft van 2016, zou een bredere, op landelijk niveau uit te rollen systematiek begin 2017 van start kunnen gaan.

---

[16] Thornicroft & Tansella (1999) onderscheiden negen, in concrete uitkomstmaten te operationaliseren 'ethical principles' van goede GGZ. Die principes zijn: autonomy, continuity, effectiveness, accessibility, comprehensiveness, equity, accountability, coordination en efficiency (Thornicroft & Tansella, 1999).

Referenties

Centraal Bureau voor de Statistiek. *Monitor Langdurige GGZ.* Den Haag/Heerlen, 2015.

Commissie Toekomst beschermd wonen. *Van beschermd wonen naar een beschermd thuis.* 2015.

Delespaul, P.A.E.G. en de consensusgroep EPA. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor psychiatrie* 55 (2013) 6, p. 427-437.

Delespaul, P., M. Milo, F. Schalken, W. Boevink, J. van Os. *Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal, verbeterde organisatie.* Amsterdam, Diagnosis Uitgevers, 2016.

F-ACT Nederland. *De toekomst van F-ACT. Flexible-ACT in het kader van 'Over de brug' – plan van aanpak EPA.* In voorbereiding.

Eurostat. European statistics database. http://ec.europa.eu/eurostat/data/database

Knapp, M., Beecham, J., McDaid, D., Matosevic, T., Smith, M. (2011). The economic consequences of deinstitutionalisation of mental health services: lessons from a systematic review of European experience. *Health & Social Care in the Community* 2011,19: 113-125.

Landelijk Platform GGZ. *Startnotitie regionale agenda langdurende GGZ en OGGZ.* Utrecht, 2015.

Medeiros, H., McDaid, D., Knapp, M. and the MHEEN group (2008). *Shifting care from hospital to the community in Europe: Economic challenges and opportunities.* London: Personal Social Services Research Unit, Kings College.

McDaid, D., Thornicroft, G. (2005). *Mental Health II: balancing institutional and community-based care*. Copenhagen: WHO, European Observatory on Health Systems and Policies.

Ministerie van Veiligheid en Justitie. *Dienst Justitiële Inrichtingen. Forensische zorg in getal 2009- 2013.* Den Haag, 2014.

Ministerie van VWS. *Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013 – 2014.* Den Haag, 2012.

Muusse, C., S. van Rooijen. *Freedom First. Een onderzoek naar de ervaringen met wijkgerichte GGZ-zorg in Triëst, Italië, en de betekenis hiervan voor Nederland.* Utrecht: Trimbos-instituut, Lister, 2015.

NZA. *Marktscan geestelijke gezondheidszorg 2015.* In voorbereiding.

Priebe, S., Frottier, P., Gaddini, A., Kilian, R. e.a. (2008). Mental Health Care Institutions in Nine European Countries, 2002 to 2006. *Psychiatric services* 59, 5: 570-573.

Projectgroep Plan van aanpak EPA. *Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en zorg bij ernstige psychische aandoeningen.* Utrecht, Kenniscentrum Phrenos, 2014.

Salvador-Carulla, L., F. Amaddeo, M.R. Gutiérrez-Colosia, D. Salazzari. Developing a tool for mapping adult mental health care provision on Europe: the REMAST research protocol and its contribution to better integrated care*. International Journal of Integrated Care* 2015l; Oct-Dec; URN:NBN:NL:UI:10-1-117187.

Shepherd, G., J. Boardman, M. Slade (2009). *Implementing recovery. A methodology for organizational change.* London: Sainsbury centre for mental health.

Tansella, M., G. Thornicroft. A cecepntual framework for mental health services: the matrix model. *Psychological Medicine* 28 (1998), 503-508.

Thornicroft, G., M. Tansella. Translating ethical principles into outcome measures for mental health service research. *Psychological Medicine* 29 (1999), 761-767.

Trimbos-instituut. *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten.* Utrecht, 2010.

Trimbos-instituut. *Ambulantisering. Themarapport Trendrapportage GGZ.* Utrecht, 2013.

Trimbos-instituut. *GGZ in tabellen 2013 – 2014*. Utrecht, 2014.

Trimbos-instituut. *Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2015.* Utrecht, 2015.

Van Hoof, F. A. Knispel, J. Aagaard, J. Schneider, C. Beeley, R. Keet, and M. van Putten. The role of national policies and mental health care systems in the development of community care and community support: an international analysis*. Journal of mental health* Online: 1–6 - 2015. DOI: 10.3109/09638237.2015.1036973

Van Weeghel, J., Lindt , S. van de, Slooff, C., Kar, F. van de, Vugt, M. van, Wiersma, D. (2011). A Regional Assessment of the Quality of Care for People With Schizophrenia in the Netherlands, *Psychiatric Services* 62 (7), 789- 792.

Vektis. *Zorgthermometer. Transparantie in de geestelijke gezondheidszorg*. Zeist, 2015.

VNG, KING. *Indicatoren gemeentelijke monitor sociaal domein.* Den Haag, 2014.

Zorginstituut Nederland. *www.zorgcijfersdatabank.nl*.

Zorgmarktadvies. *Vergelijken zorgverzekeraars op kwaliteit GGZ-inkoop. Prioritaire thema's en inkoopvergelijkingscriteria vanuit cliëntenperspectief*. 2015.

Klankbordgroep

Bram Berkvens, Fameus (GGZ Breburg)
Jan Berndsen, Lister
Ico Kloppenburg, VNG
Rob Laane, VGZ
Niels Mulder, Erasmus universiteit, Parnassia
Marijke van Putten, GGZ Noord-Holland Noord
Elsbeth de Ruiter, GGZ Ingeest
Nic Vos de Wael, LPGGZ